



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2010

---

## **Managed Care, Ärztenetzwerke und Behandlungsqualität. Damit Integrierte Versorgung zu mehr Qualität führt, sollte die Schweiz vom Ausland lernen**

Rosemann, T ; Huber, C A

**Abstract:** Im Dezember dürfte das Parlament die Managed Care-Vorlage zu Ende beraten und verabschieden. Für die meisten Befürworter ist klar: Integrierte Versorgung senkt die Kosten und erhöht die Behandlungsqualität. Doch die Belege – namentlich bei der Qualität – sind lückenhaft. Unbestritten ist dagegen, dass die Förderung von Ärztenetzen und Managed Care der Grundversorgung wichtige Impulse geben kann.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich  
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-45839>  
Journal Article

Originally published at:

Rosemann, T; Huber, C A (2010). Managed Care, Ärztenetzwerke und Behandlungsqualität. Damit Integrierte Versorgung zu mehr Qualität führt, sollte die Schweiz vom Ausland lernen. *Care Management*, 3(5):20-23.

Thomas Rosemann, Carola A. Huber

# Managed Care, Ärztenetzwerke und Behandlungsqualität

Damit Integrierte Versorgung zu mehr Qualität führt, sollte die Schweiz vom Ausland lernen

Im Dezember dürfte das Parlament die Managed Care-Vorlage zu Ende beraten und verabschieden. Für die meisten Befürworter ist klar: Integrierte Versorgung senkt die Kosten und erhöht die Behandlungsqualität. Doch die Belege – namentlich bei der Qualität – sind lückenhaft. Unbestritten ist dagegen, dass die Förderung von Ärztenetzen und Managed Care der Grundversorgung wichtige Impulse geben kann.

*Eigentlich weiss man nur, wenn man wenig weiss;  
mit dem Wissen wächst der Zweifel.* J. W. Goethe

Wer die aktuelle Diskussion um Managed Care, Ärztenetzwerke und Integrierte Versorgung aus einer etwas distanzierten, wissenschaftlichen Perspektive verfolgt, ist erstaunt, mit welcher Leichtigkeit all diese Begriffe als selbstverständliche Katalysatoren einer besseren Qualität postuliert werden.

Leider ist diese Gleichsetzung gar nicht so klar. Zumindest wenn man versucht, sich dem Thema seriös zu nähern und nach validen Belegen dafür sucht. Zunächst wäre einmal der Begriff «Qualität» zu definieren. Der Einfachheit halber soll nachfolgend Qualität gleichbedeutend für Prozessparameter («Wie viel Patienten mit der Diagnose X erhalten im Zeitraum Y die empfohlene Prozedur Z?») als auch für klinische Outcomes (Blutdruck, HbA<sub>1c</sub>, etc.) stehen. Patientenzufriedenheit ist ebenfalls eine Domäne der Behandlungsqualität; allerdings wissen wir sehr gut, dass Patienten objektive Qualität wenig valide einschätzen können. Daher ist es mittlerweile obsolet, nur mit diesen Daten das Thema Qualität zu reflektieren.

## Ärztenetzwerke und Qualität

Die Datenlage zur Frage, ob Ärztenetzwerke die Qualität der Versorgung verbessern, ist spärlich und aufgrund zahlreicher methodischer Einschränkungen sowie Problemen bei der Übertragbarkeit in das Schweizer Setting wenig beeindruckend. Friedberg et al. konnten zum Beispiel zeigen, dass Ärzte in einem Netzwerk das HbA<sub>1c</sub> öfter kontrollieren oder die Patienten öfter zum Augenarzt schicken. Deutlich wird aber, was die Mediatoren einer besseren Qualität sind: Ganz oben steht hier die EDV bzw. die elektronische Krankenakte (KG). Evidenzbasierte

Konzepte wie das Chronic Care-Modell zum Management von chronisch Kranken, lassen sich nur mit elektronischen KGs sinnvoll umsetzen. Wie sonst sollen die Termine für ein proaktives Management bei einer grösseren Zahl von Patienten und ein strukturiertes Follow-up koordiniert werden?

Eine gemeinsame Krankengeschichte ermöglicht erst das Synergiepotential, das so oft als Vorteil angeführt wird; sie bildet auch das Rückgrat für Integrierte Versorgung (Fam. Med. 2010 May; 42(5):327–33). Gerade dieser Begriff wird aber oft als Wort-hülse verwendet. Integration bedeutet nicht, Verträge mit jemandem abzuschliessen, sondern gemeinsame medizinische und Prozessstandards in der Betreuung und Kommunikation umzusetzen, zum Beispiel, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Auch dafür liefert die wissenschaftliche Literatur wenig harte Belege. Bei einem systematischen Review in unserem Institut haben wir keine Daten – etwa eines Vorher-nachher-Vergleichs – gefunden, die den Rückgang von Doppeluntersuchungen oder Therapien nach Implementierung einer Integrierten Versorgung valide belegen.



Thomas Rosemann



Carola A. Huber

## Wirkung von Qualitätszirkeln und Leitlinien

Qualitätszirkel (QZ) – meist zentraler Bestandteil von Ärztenetzwerken – werden ebenfalls oft als Katalysatoren für eine bessere Behandlungsqualität genannt. Auch hier ist die Datenlage sehr differenziert zu betrachten. Die derzeit umfangreichste Untersuchung stammt von der Universität Heidelberg und analysierte 28 000 (!) protokollierte QZ-Sitzungen (Andres et al.). Die Implementierungsforschung zeigt klar, dass es keine ausreichende Evidenz für reine Edukation gibt (Bloom et al.). Auf Patientenebene lässt sich mit dieser Art von Intervention wenig erreichen. Auch die

alleinige Bereitstellung von Leitlinien führt nicht zu einer Veränderung der Versorgung.

Was es braucht, um ärztliches Verhalten nachhaltig zu verändern, sind sogenannte Multifaceted Interventions, also Interventionen, die mehrere Elemente enthalten. Neben Feedback mit individualisiertem Benchmarking sind vor allem Peer Group Meetings und Outreach Visits als strukturelle Komponenten zu nennen. Eines der komplexesten und aufwendigsten Projekte, das den Qualitätszirkel nutzte, um das Verschreibungsverhalten zu beeinflussen, involvierte mehr als 3000 Hausärzte. Eingesetzt wurden individuelle Feedback-Reports bezüglich des eigenen Verschreibungsverhaltens, ein Benchmarking (Vergleich zu den anderen Hausärzten mit Angabe der 10% Bestperformer) und eine strukturierte Diskussion in Pharmako-Qualitätszirkeln. Hier wurden die Berichte differenziert nach bestimmten medizinischen/pharmakologischen Themen individuell diskutiert und mit evidenzbasierten Therapievorschlügen abgeglichen. Die Autoren kamen zum Schluss: «Quality circles had a modest effect on prescribing quality and costs» (Wensing et al.).

### Ärztenetzwerke in der Schweiz

Die Heterogenität der Netze ist sehr hoch. Es gibt sehr gute Netze mit einer klaren Ausrichtung auf Qualität und Bemühungen, Integrierte Versorgung umzusetzen. Bedauerlicherweise finden sich aber auch Netzwerke, die vorrangig Einkaufsgemeinschaften sind mit oft undurchsichtigen Verträgen, die die Mitglieder eher gängeln als ihnen einen wirklichen Vorteil zu bieten. Wenn sie noch mit hohen Einkaufskosten und Jahresgebühren verbunden sind, dann schrecken sie eher ab, wie aktuelle Erfahrungen aus unserem Institut zeigen. Solche Alibinetze, denen Ärzte nur beitreten, um Patienten mit den entsprechenden Versicherungsverträgen behandeln zu können, führen eine vielversprechende Idee ad absurdum.

### Managed Care

Wer etwas über das Image von Managed Care und HMOs erfahren will, sollte bei «Google Bilder» mal diese Begriffe eingeben. Schnell landet man neben makaberen Comics bei Fotos, die gegen ihre HMO demonstrierende Patienten zeigt. Seit der Gründung der HMOs sehen sich diese dem Vorwurf ausgesetzt, sie würden auf Kosten der Qualität sparen. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass HMOs zu den ersten Organisationen gehörten, die versuchten, Behandlungsqualität zu messen und öffentlich zu machen.

Das ist zweifelsfrei ein grosser Verdienst und kann auch dem Schweizer Gesundheitssystem eine stärkere Ausrich-

tung auf dieses letztlich entscheidende Outcome jeder medizinischen Behandlung ermöglichen. In den USA hat das National Committee for Quality Assurance (NCQA) daher ein Indikatorenset entwickelt, das sogenannte HEDIS (Health effectiveness data and information set), das aus zahlreichen Domänen zusammengesetzt ist. In der Domäne Effectiveness of Care finden sich dann zum Beispiel die folgenden Indikatoren, mit denen die Qualität der einzelnen Managed Care-Organisation reflektiert werden sollen:

- Appropriate Testing for Children with Pharyngitis;
- Appropriate Treatment for Children with Upper Respiratory Infection;
- Avoidance of Antibiotic Treatment in Adults with Acute Bronchitis;
- Use of Spirometry Testing in the Assessment and Diagnosis of COPD;
- Pharmacotherapy of COPD Exacerbation;
- Use of Appropriate Medications for People with Asthma;
- Cholesterol Management for Patients with Cardiovascular Conditions;
- Controlling High Blood Pressure;
- Persistence of Beta-blocker after a Heart Attack.

Die HEDIS-Daten können auf der Homepage des NCQA ([www.ncqa.org](http://www.ncqa.org)) eingesehen und HMOs so miteinander verglichen werden. Vergleiche zu Einzelpraxen oder Ärztenetzwerken nach europäischer/Schweizer Prägung existieren allerdings nicht. Das einzige, was das NCQA publiziert, sind Vergleiche verschiedener Formen von Managed Care, so etwa der Vergleich zwischen den HMOs und sogenannter Preferred Provider Organisations (PPOs), die näherungsweise als Ärztenetzwerke bezeichnet werden können. Hier schneiden die HMOs in den meisten Indikatoren besser ab als die PPOs.

Zu beachten ist dabei: In den USA sind über 50% der Versicherten in Managed Care-Organisationen eingeschrieben. Andererseits sind etwa 46 Millionen Einwohner, das heisst rund 15% der Bevölkerung, nicht versichert. Trotzdem ist das amerikanische Gesundheitssystem mit Abstand das teuerste der Welt. Mit einem BIP-Anteil von etwa 16% ist es fast ein Drittel teurer als das schweizerische. Was bekommen die Amerikaner dafür?

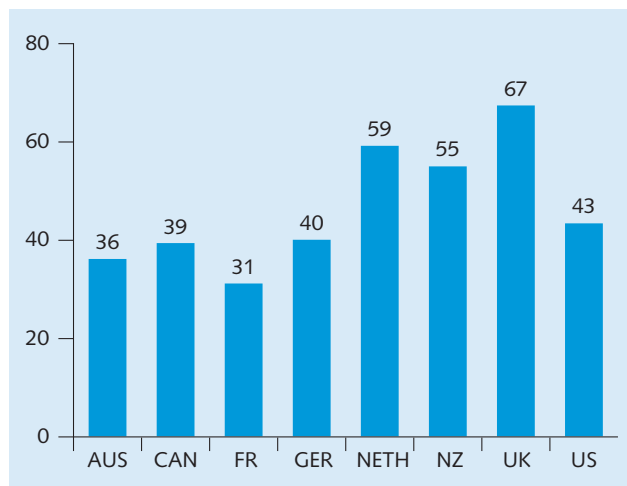
Antworten erhält man, indem man ganze Gesundheitssysteme vergleicht. Allerdings sind diese gleich zu relativieren, da es in den meisten Ländern fast keine validen Daten zur Qualität der Behandlung gibt. Eine verhältnismässig gute Datenbasis liefert der Commonwealth Survey (Harris Interactive, Inc. 2008 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults), der unter anderem versucht, Qualität mittels klinischer und Prozessindikatoren länderübergreifend

Abb. 1

**Diabetics who received recommended services\* (%).**

\* Hemoglobin A<sub>1c</sub> checked in past six months; feet examined for sores or irritations in past year; eye exam for diabetes in past year; and cholesterol checked in past year.

Quelle: Harris Interactive, Inc. 2008 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults



sichtbar zu machen. Ein Indikator ist zum Beispiel der Prozentsatz der Diabetiker,

- die innerhalb der letzten 6 Monate eine HbA<sub>1c</sub>-Messung hatten,
- die in den letzten 12 Monaten beim Augenarzt waren,
- die die Füße kontrolliert bekamen und
- deren Cholesterin kontrolliert wurde (Abb. 1; modifiziert).

Wer sich an den Daten aus der VADT-Studie oder aus ACCORD orientiert, in denen Patienten mittlere HbA<sub>1c</sub>-Werte von bis zu 9,3% aufwiesen, der ahnt, dass das amerikanische System in diesem Vergleich nicht gut abschneidet und neben dem Kosten- auch ein Qualitätsproblem hat. In der Tat, trotz HEDIS-Indikatoren und Qualitätsmanagement in HMOs und Managed Care wurden nur 43% aller Amerikaner gemäss den Daten des Commonwealth Surveys adäquat betreut. In Holland liegt der Prozentsatz bereits bei 59%. Die Niederländer haben ein klar auf den Hausarzt ausgerichtetes Gesundheitssystem und in allen Praxen (100%) eine elektronische KG, zudem Incentives für speziell qualifiziertes Personal, das die Betreuung von chronisch kranken Menschen übernimmt.

Noch besser als die Niederlande schneidet nur Grossbritannien ab. Dabei ist das staatliche englische System mit seinem National Health Service (NHS) ein vergleichsweise günstiges, gemessen am BIP. Allerdings mit den stärksten Steigerungsraten unter allen Industrienationen. Diese Steigerungen der Ausgaben flossen im Wesentlichen der Hausarztmedizin zu.

**Pay for Performance – Fokus auf Qualität**

Verantwortlich dafür sind mehrere Initiativen. Die wichtigste ist das Quality and Outcomes Framework (QOF) (Roland M). Hier liegt der Fokus auf der Qualität statt auf den Kosten. Im Rahmen der Initiative hat man ein neues Vergütungssystem für Grundversorger eingeführt, die auch in Grossbritannien als Gatekeeper agieren. Das sogenannte Pay-for-Performance-Modell (P4P) arbeitet mit einem Set von Indikatoren (siehe Kasten). Insgesamt gibt es 1050 Qualitätspunkte zu sammeln. 550 davon entfallen auf klinische Indikatoren. Die andere Hälfte wird für ganz typische hausärztliche Funktionen bzw. Aspekte der Versorgung verteilt, zum Beispiel Ansätze wie Holistic care oder die Ergebnisse einer Patientenbefragung. Die Hauptkritikpunkte am P4P, dass Ärzte sich nur für vergütete Indikatoren interessieren und nicht vergütete unterlassen, konnte entkräftet werden. Im Gegenteil: Analysen zeigten sogar, dass auch nicht vergütete Indikatoren besser wurden (Campbell et al.; Doran et al.).

Mehr Struktur scheint also positiv abzufärben auf andere klinische Bereiche. Auch die Tatsache, dass Patienten mit einer schlechten Compliance aus der Analyse ausgeschlossen werden können, war als Kritik nicht haltbar. Analysen zeigten deutlich, dass Ärzte dadurch nicht die Bilanz frisierten. Zudem gab es weder in sozial privilegierten noch in sozial deprivierten Gegenden Unterschiede dadurch.

Insgesamt entfällt auch nur ein Viertel des Einkommens der Grundversorger auf das P4P. Trotzdem kam es im Jahr nach der Einführung zu einer Einkommenssteigerung aller Hausärzte von durchschnittlich 23%. Ein positiver Nebeneffekt: Seither gibt es Wartelisten für die Ausbildung zum Hausarzt. Grundlage für das P4P ist aber

**Der britische Quality and Outcomes Framework**

	N of indicators	Points available	% of total
<b>Domain</b>			
(Evidence-based indicators)			
Clinical	76	550	52%
Organisational	56	184	17%
Patient Experience	4	100	10%
Additional Service	10	36	3%
(Additional payment points)			
Holistic care (clinical)		100	10%
Access bonus (24/48-h access)		50	5%
Quality Practice (non-clinical)		30	3%
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>1050</b>	<b>100%</b>

wiederum eine elektronische KG. Die Indikatoren werden aus der Routinedokumentation generiert – ohne zusätzlichen Aufwand. Die Produktivitätssteigerung durch die Symbiose von P4P und vollelektronischer KG konnte jüngst belegt werden (De Leon S et al.).

Nun ist im staatlichen NHS sicher nicht alles besser, und auch das P4P lässt viel Raum für Verbesserungen. Zwei grosse Vorteile im Vergleich zum reinen Managed Care sind jedoch offensichtlich:

- Es liefert einen validen Leistungsausweis für die Grundversorgung, etwas, woran es uns gerade in der Schweiz noch mangelt. Wenn man belegen kann, dass zum Beispiel 80% und mehr aller Diabetiker, Hypertoniker, Asthmatiker etc. in der Grundversorgung optimal betreut sind, dann ist das ein gewichtiges Argument, gerade wenn man sich die Kosteneffizienz der Hausarztmedizin betrachtet.
- Der Fokus liegt rein auf der Qualität. Gerade für eine adäquate Behandlung multimorbider Patienten, die einen umfangreichen medikamentösen Therapieplan besitzen, muss sich der Arzt heute oft rechtfertigen. Im P4P zählt nur das Outcome, und folglich kann zum Beispiel die Selbstdispensation dank einem besseren Therapiemonitoring mit besserer Compliance plötzlich kostengünstiger sein als das Umstellen auf billige Generika.

Indem sich das P4P-Modell an der medizinischen Evidenz der klinischen Indikatoren orientiert, ergibt sich eine grundlegend veränderte Sichtweise: weg von der reinen Kostenbetrachtung auf der Mikroebene des Arztes (oder des Netzes oder der HMO) hin zur Makroebene mit einem Mix aus Kosten, Qualität und Nutzen. Oder anders ausgedrückt: Was auf der Rechnung (zunächst) teurer ist, kann dem System billiger kommen.

## Konklusion

Die Förderung von Ärztenetzwerken und Managed Care kann wichtige positive Impulse für die Grundversorgung in der Schweiz geben. Entscheidend wird sein, von den Erfahrungen aus dem Ausland zu lernen und ein besonderes Augenmerk auf die valide Erfassung von Qualität bei der Implementierung und Umsetzung zu legen. Das Pay-for-Performance-Konzept orientiert sich allein am Outcome und lässt grosse therapeutische und organisatorische Freiheit bei der Versorgungsstruktur (Einzel-Gruppen oder HMO-Praxis). Insgesamt gilt für alle gesundheitspolitische Interventionen dasselbe, was wir von klinischen Studien fordern: Erfassung klinisch relevanter, «harter» Endpunkte, valide erfasst und transparent berichtet.

Es bleibt zu hoffen, dass diese Chance genutzt wird. Gerade, um die Spreu vom Weizen zu trennen.

## Literatur

- Andres E, Beyer M, Schorsch B, Szecsenyi J, Dryden WA, Kreuz I, Kunze MT, Tischer KW, Gerlach FM. Qualitätszirkel in der vertragsärztlichen Versorgung Ergebnisse der kontinuierlichen Basisdokumentation in Bremen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe 1995 bis 2007. *Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich* 2010;104:51–8.
- Bloom, B. S. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *Int J Technol. Assess. Health Care* 21(3):380–5.
- Wensing M, Broge B, Riens B, Kaufmann-Kolle P, Akkermans R, Grol R, Szecsenyi Quality circles to improve prescribing of primary care physicians. Three comparative studies. *J. Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2009 Sep;18(9): 763–9.
- Harris Interactive, Inc. 2008 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults.
- Roland M. Linking physicians' pay to quality of care – a major experiment in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2004;351:1448–54.
- Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *N Engl J Med* 2007;357:181–90.
- Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med.* 2006 Jul 27;355(4):375–84.
- De Leon S, Connelly-Flores A, Mostashari F, Shih SC. The business end of health information technology. Can a fully integrated electronic health record increase provider productivity in a large community practice? *J Med Pract Manage.* 2010 May–Jun;25(6):342–9.

## Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Thomas Rosemann (PhD)  
Direktor des Instituts für Hausarztmedizin  
und Versorgungsforschung der Universität Zürich  
Sonneggstrasse 6, 8091 Zürich  
thomas.rosemann@usz.ch,  
www.hausarztmedizin.uzh.ch

Dr. Carola A. Huber  
Institut für Hausarztmedizin und Versorgungsforschung  
der Universität Zürich  
carola.huber@usz.ch